

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lebih dari empat dekade terakhir rata-rata kematian diakibatkan dari penyakit jantung. Penyakit kardiovaskuler (jantung) setiap tahunnya menjadi penyebab kematian nomer 1 di dunia. Menurut data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2014 diperkirakan lebih dari 17,5 juta orang meninggal dunia karena serangan jantung pada tahun 2012 dan diperkirakan tahun 2030 lebih dari 23,3 juta orang yang meninggal . CHF atau *Congestive Heart Failure* merupakan salah satu penyakit jantung yang terus meningkat prevelensinya setiap tahun, berkisar antara 5-10% per tahun resiko kematian akibat penyakit CHF ringan dan sekitar 30-40% mengalami peningkatan pada penyakit CHF berat.

Menurut *American Health Association* atau disingkat AHA (2012), prevelensi penyakit CHF pada tahun 2010 di Amerika sekitar 6,6 juta jiwa angka tersebut diperkirakan pada tahun 2030 akan terus meningkat dan bertambah banyak sekitar 3,3 juta jiwa. Untuk benua Asia sendiri menempati penyebab kematian tertinggi akibat penyakit jantung sekitar 712.000 orang. Di Asia tenggara sendiri angka kematian akibat jantung tertinggi terdapat pada negara Philipina, sedangkan Indonesia sendiri menempati urutan ke dua. Di Indonesia sendiri penyakit jantung menempati nomer 1 penyebab kematian dan memiliki angka yang cukup tinggi berdasarkan data yang dilakukan oleh

kemenkes (2014) prevelensi penyakit gagal jantung sendiri diperkirakan sekitar 229.696 atau sebesar 0,13% dan sekitar 0,3 atau 530.068 orang dengan gejala atau diagnosis tersebut oleh dokter pada tahun 2013.

Pada penderita gagal jantung menyebabkan masalah penurunan kardiak output yang rentan terhadap ketidakmampuan jantung memompa darah keseluruh tubuh untuk melakukan metabolisme (Herdman, 2105). Menurut Muttaqin (2009) dampak yang ditimbulkan pada CHF adalah nyeri dada, edema pada ekstermitas, sesak nafas, penurunan output urin, sianosis, gelisah, lemas, dan dapat mengakibatkan kongesti pulmonal yang mengakibatkan edema paru. Biasanya penderita CHF mengeluh adanya keterbatasan dalam melakukan aktifitas fisik sehingga penderita CHF takut untuk melakukan aktifitas yang pada akhirnya memperberat kondisinya (Karyono, 2009). Pasien CHF sering mengalami kekambuhan dan kembali dirawat di rumah sakit, hal ini disebabkan karena pasien tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, kurangnya kepatuhan tindak lanjut medis, berlebihan dalam melakukan aktivitas fisik dan gejala kekambuhan yang tidak dapat di deteksi (Smeltzer & Bare, 2010).

Menurut Perry (2010) perlu dilakukan rehabilitasi jantung yang merupakan salah satu cara untuk mencegah terjadinya rawat inap lagi. Pada pasien CHF (*Congestive Heart Failure*) untuk menurunkan prevalensi dan menekan tinginya rehospitalisasi salah satunya dengan merubah gaya hidup dan melakukan aktivitas fisik (rehabilitasi) yaitu dengan mobilisasi (Arovah, 2010). Indonesia sendiri pemerintah sudah membuat kebijakan tentang

penyakit tidak menular yang diantaranya terkait masalah jantung yaitu dengan diberlakukannya peraturan pemerintah nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Program rehabilitasi jantung merupakan penatalaksanaan medis yang dianjurkan setelah penyakit jantung kondisi akut teratasi dan status hemodinamik stabil. Pengertian dari program rehabilitasi jantung adalah program intervensi yang terkoordinasi, multidisiplin yang digunakan untuk penderita penyakit kardiovaskular dalam meningkatkan fungsi fisik, psikologis dan sosial, sekaligus menstabilkan, memperlambat, bahkan menghentikan proses aterosklerosis. Menurut Roveny (2017) program rehabilitasi jantung didalamnya terdiri dari proses edukasi, latihan, modifikasi faktor resiko dan menjadi konseling. Program ini ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, masalah psikologis pasien akan berkurang, fungsi jantung bisa optimal (Arovah, 2012).

RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita memiliki komponen-komponen rehabilitasi jantung telah relatif lebih lengkap, data pada tahun 2008, dengan jumlah kunjungan pasien rehabilitasi jantung sebanyak 20.200 dan dengan jumlah pasien baru fase II sebanyak 583 orang. Di RS Dr. Sardjito, Jogjakarta, pelayanan rehabilitasi jantung dikolaborasikan Bagian Kardiologi dengan Bagian Rehabilitasi Medik. Pada tahun 2008, mereka sudah mulai melayani 29 pasien baru di fase II untuk menjalani program latihan fisik. Di RS Hasan Sadikin, Bandung, pelayanan latihan fisik di rumah sakit juga telah dimulai, dan pada tahun 2008 telah melayani 23 pasien baru fase II (Basuni dkk, 2009).

Kepatuhan pasien dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung masih tergolong rendah (Craciun, 2009). Diperkirakan sebanyak 24-50% pasien menarik diri dari program rehabilitasi jantung (Scane, 2012 dalam Adawi, 2013) dan hanya 39% pasien yang patuh terhadap latihan aktivitas fisik yang telah direkomendasikan (Van der Wal, 2006). Ketidakpatuhan pasien dapat berakibat buruk pada penyakit, kematian, dan meningkatkan biaya pengobatan (Jimmy & Jose, 2011). Lee (2013) mengidentifikasi beberapa alasan utama pasien tidak melaksanakan program rehabilitasi jantung yaitu hambatan fisik (kurangnya transportasi dan jarak yang terlalu jauh dari pusat rehabilitasi jantung, dan biaya rehabilitasi yang tinggi), hambatan personal (malu berpartisipasi, rendahnya pengetahuan mengenai tujuan program) dan kurangnya rekomendasi dari tim kesehatan. Menurut Wartini (2011) dalam penelitiannya mengenai kepatuhan pasien dalam melaksanakan program rehabilitasi jantung di RS Sangrah Bali menjelaskan bahwa ketidakpatuhan pasien relatif tinggi yaitu 58%. Hal ini disebabkan karena pasien belum memahami tentang tahapan aktivitas yang seharusnya dilakukan serta tujuan dilakukannya aktivitas tersebut. Penderita CHF sangat memerlukan program rehabilitatif yang komprehensif untuk mengembalikan kemampuan fisik paska serangan serta mencegah terjadinya serangan ulang. Latihan fisik pada penderita CHF bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik tubuh, memberi penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam mencegah perburukan dan membantu pasien untuk kembali dapat beraktivitas fisik seperti sebelum mengalami CHF (Arovah, 2010). Hasil penelitian Renu et al

(2016) mengatakan hambatan utama ketidakhadiran pasien untuk menjalankan program rehabilitasi jantung fase II antara lain depresi, jarak, status sosial ekonomi, pendidikan, dan usia. Selain itu, persepsi individu mengenai manfaat dan hambatan untuk berpartisipasi dalam latihan, tidak suka terhadap latihan, orientasi kehidupan yang buruk dan kualitas hidup di subjek juga merupakan faktor untuk tidak menghadiri program rehabilitasi fase II jantung.

Program latihan fisik rehabilitatif pada penderita penyakit jantung dibagi menjadi tiga fase utama yakni Fase I (*Inpatient*), Fase II (*Outpatient*) dan Fase III (Pemeliharaan) (Arovah, 2010). Fase II yang disebut sebagai fase sub akut atau tahap pengondisian atau tahap rawat jalan awal dan juga disebut sebagai fase transisi, yang dimulai segera setelah rawat inap dan biasanya berlangsung dari 2 hingga 12 minggu. Fase II bertujuan meningkatkan kapasitas fungsional melalui program latihan individual dan juga melatih pasien tentang modifikasi gaya hidup, serta memberikan informasi mengenai obat-obatan (Renu et al, 2016). Tahapan latihan fisik rehabilitatif fase II terdiri dari tiga tahap: 1) pemanasan, melakukan senam (peregangan lembut) dan latihan aerobik selama sepuluh menit; 2) latihan utama menggunakan treadmill selama 20 menit dan 3) pendinginan, melakukan senam selama lima menit (CW Lee et al, 2013). Program latihan fisik rehabilitatif fase II telah ditetapkan sebagai sarana yang berdampak positif untuk mempengaruhi kematian akibat penyakit jantung dan berbagai faktor risiko yang terkait dengan penyakit kardiovaskular (Jolly et al, 2011).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan rehabilitasi jantung masih tergolong rendah, maka peneliti tertarik ingin meneliti untuk mengetahui “Gambaran aktivitas fisik rehabilitasi jantung fase II pada pasien CHF”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan diatas rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah “Gambaran aktivitas fisik rehabilitasi jantung fase II pada pasien CHF”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran umum tentang rehabilitasi jantung fase II di RSUD Dr.Moewardi Surakarta

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui karakteristik responden rehabilitasi jantung fase II pada pasien CHF
- b. Untuk mengetahui kategori aktivitas fisik rehabilitasi jantung fase II pada pasien CHF.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi masyarakat**

Sebagai wahana untuk meningkatkan mutu kualitas dari program rehabilitasi jantung.

### **2. Bagi institusi pendidikan**

Sebagai wahana untuk mengembangkan ilmu pengetahuan yang didapat.

### **3. Bagi peneliti**

- a. Memberikan pengalaman nyata dalam melaksanakan penelitian sederhana secara ilmiah dalam rangka mengembangkan diri dalam melaksanakan fungsi rehabilitasi sebagai peneliti.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti sendiri mengenai pengetahuan tentang rehabilitasi jantung fase II.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. Renu et al, (2016) meneliti tentang program rehabilitasi jantung fase II- hambatan tindak lanjut dan partisipasi: sebuah studi *cross-sectional* menunjukkan perbedaan yang signifikan pada transportasi, lokasi yang jauh ( $p = 0,0001$ ), biaya ( $p = 0,0030$ ), buta huruf ( $p = 0,0021$ ) tidak ada dukungan dan usia ( $p = 0,0236$ ). Tidak ada perbedaan yang signifikan pada jenis kelamin.
2. Chen et al (2014) meneliti tentang dampak rehabilitasi jantung fase II pada pemulihan denyut jantung yang abnormal didapatkan dari 25 pasien yang menjadi responden, 13 pasien tidak menunjukkan HRR (*heart rate recovery*) abnormal setelah rehabilitasi jantung fase II. Kapasitas fungsional pasien meningkat setelah rehabilitasi jantung fase II, hingga tingkat yang signifikan secara statistik; kapasitas aerobik (seperti yang dinyatakan dengan *anaerobic threshold* dan presentase *anaerobic threshold*) menunjukkan peningkatan, tetapi tanpa signifikansi statistik.